HERNIES ET EVENTRATIONS DE LA PAROI ABDOMINALE

OBJECTIFS DU COURS

- **Définir** une hernie, une éventration, une éviscération.
- **Mener** correctement l'examen clinique d'un patient présentant une hernie de l'aine.
- **Diagnostique**r cliniquement les hernies et éventrations.
- **Connaître** les signes cliniques d'une hernie étranglée.
- **Enumérer** les différents types d'hernie.

I. DEFINITIONS

- **La hernie** se définie comme l'issue spontanée des viscères abdominaux ou pelviens entourés d'un sac péritonéal, hors des parois de l'abdomen par **un point faible anatomiquement** présent dans la paroi abdominale.
- **L'éventration** est l'issue spontanée des viscères abdominaux ou pelviens à travers **une zone de faiblesse musculo-aponévrotique** créée par une intervention chirurgicale antérieure (la peau est intacte).
- **L'éviscération** est l'issue, au dehors, des organes abdominaux, sans aucun élément anatomique de couverture (péritoine, aponévrose, muscle et peau ouvert).

II. ETIOPATHOGENIE

A. Congénitale

- Persistance d'un orifice pariétal depuis la naissance

B. Acquise

Favorisée par :

- l'augmentation de la pression abdominale :
  - Toux chronique
  - Dysurie
  - Constipation chronique
  - Efforts intenses (Port de charges lourdes, haltérophilie …)
  - Ascite, obésité, grossesses multiples…
- Zone de faiblesse pariétale :
  - Ombilicale
  - Inguinale chez les hommes
  - Crurale chez les femmes
  - Iatrogène : Chirurgie antérieure

III. ELEMENTS ANATOMIQUES DES HERNIES

1. Trajet pariétal

- Plus ou moins long

2. Orifice

- Musculo-aponévrotique

3. Enveloppe

- Sac herniaire
- Tissu sous-cutané
- Peau

4. Contenu

- Tube digestif,
- Épiploon, vessie…

IV. DIAGNOSTIC CLINIQUE : TDD HERNIES DE L'AINE

A. INTERROGATOIRE :

On doit préciser

1. Date, modalités d'apparition et d'évolution :

- Récente ou ancienne, progressive ou brutale, douloureuse on non,
- Apparaît spontanément en position debout ou à l'effort et à la toux,
- Réductible ou non.

2. conditions de vie et antécédents

- Facteurs favorisants : asthme, dysurie, constipation (hyperpression abdominale),
- Inactif, retraité, sédentaire ou au contraire actif et sportif,
- Récidive d'une hernie anciennement opérée.

3. troubles fonctionnels

- Peuvent être absents,
- Simple gène, pesanteur, tiraillement,
- Douleurs à l'effort, troubles digestifs,
- Retentissement sur l'activité physique.

B. EXAMEN PHYSIQUE :

- Il affirmer à lui seul le diagnostic.
- Il doit être méthodique : en position debout puis couchée, en faisant tousser le malade.

1. INSPECTION :

- Retrouve une tuméfaction de la racine de la cuisse et note l'aspect de la peau en regard de la hernie.
- Parfois la région de l'aine apparaît strictement normale.

2. PALPATION.

Examen du malade : debout, couché. Il faut :

- Faire tousser, pousser, gonfler son ventre
- Préciser le siège de l'orifice herniaire par rapport à la ligne de Malgaigne (ligne tendue entre l'épine iliaque antéro-supérieure : anatomiquement c'est l'arcade crurale)
  - Orifice **au-dessus** de la ligne de Malgaigne = HERNIE INGUINALE
  - Orifice **au-dessous** de la ligne de Malgaigne = HERNIE CRURALE.
- Examiner l'orifice inguinal externe
  - L'index coiffé par la peau scrotale pénètre dans l'orifice inguinal externe, au-dessus de l'arcade crurale. On recherche dans le canal une impulsion à la toux.
- Examiner de l'orifice crural
  - Il est palpé sous la ligne de Malgaigne, en dedans des vaisseaux fémoraux.

- Le reste de l’examen clinique doit :
  - **Apprécier** la solidité de la paroi abdominale
  - **Chercher** des associations herniaires : coté controlatéral, Hernie crurale, Hernie ombilicale.
  - **Préciser :**
    - le Volume de la hernie
    - le type de la hernie.
    - et l’état des organes génitaux externes (examen des bourses),
  - **Eliminer** une éventuelle complication ==> Etranglement herniaire

C. Caractéristiques sémiologiques d’une hernie non compliquée :

La hernie non compliquée est :

- **Indolore** : Ni douleur spontanée ni provoquée par la palpation.

- **Réductible** : La pression la fait disparaître et la réintègre dans l’abdomen.

- Expansive (Impulsive) à la toux.

V. EVOLUTION

- La hernie n'a aucune tendance à la guérison spontanée, elle augmente progressivement de volume et peut se compliquer.
- La principale et redoutable complication est **L'étranglement herniaire :**
  - Urgence chirurgicale.
  - C'est une striction permanente au niveau du collet de la hernie entraînant rapidement des accidents d'occlusion intestinale aigüe, d'ischémie, de nécrose et de perforation intestinale (quand le sac herniaire contient de l'intestin).
  - Toutes les hernies peuvent s'étrangler et mettre alors en jeu le pronostic vital.

- Cliniquement la hernie devienne :

- **Douloureuse** : c'est une douleur vive, maximale au collet, spontanée et exacerbée par la palpation.
- **Irréductible** et non expansive à la toux.
- **Peut s'accompagner** de signes d'occlusion (quand le contenu de la hernie est intestinal) : nausées, vomissements, arrêt des matières et gaz, météorisme.

- L'examen des orifices herniaires doit être systématique devant toute occlusion intestinale aigüe.

VI. FORMES ANATOMIQUES DES HERNIES

A. Hernie inguinale :

Le collet est au-dessus de la ligne de Malgaigne

1. Hernie inguinale oblique externe : ou hernie indirecte

- La plus fréquente
- Essentiellement chez les hommes
- En dehors de l'artère épigastrique
- Le sac herniaire peut atteindre le scrotum (Hernie inguino-scrotale),
- Accompagne le cordon spermatique
- Cause :
    a. Congénitale par persistance du canal péritonèo-vaginal se voit chez le nouveau-né et chez l'adulte jeune
    b. Ou acquise par faiblesse pariétale ou facteurs favorisants

2. Hernie inguinale directe

- C'est une hernie acquise, de faiblesse, se voit chez l'adulte et le sujet âgé,
- Ne descend jamais dans le scrotum,
- Se réduit directement d'avant en arrière

B. Hernie crurale :

Le collet est au-dessous de la ligne de Malgaigne

- Se voit surtout chez la femme,

- L’examen se fait par la palpation sur malade couchée, cuisse en abduction, jambe pendante en dehors de la table d’examen,
- Tuméfaction de petit volume, au niveau de la région crurale (à la racine de la cuisse
- Il s’agit d’une hernie à haut risque d’étranglement,

C. Hernie ombilicale

1. Elle peut être congénitale :

- Défaut de fermeture du canal ombilical
- Petite masse ronde
- souvent asymptomatique
- Réductible
- la guérison est spontanée en quelques mois, au-delà de 5 ans il faut opérer.

2. Elle peut être acquise :

- Chez l’adulte : C’est une hernie de faiblesse,
- C’est une masse ombilicale ayant les caractères d’une hernie,
- La peau en regard peut être altérée,
- S’accroît progressivement,
- Peut donner des épisodes d’engouement,

D. Hernie de la ligne blanche

- Souvent acquise
- Due à la déhiscence de l'aponévrose entre les muscles grands droits au-dessus de l'ombilic.
- Masse de taille variable
- Parfois douleur à l'effort
- Pas toujours impulsive à la toux
- Peut être
    - Sus ombilicale ou épigastrique
    - Sous ombilicale ou hypogastrique

E. Eventrations

- Ou hernies incisionnelles
- Déhiscence de la paroi abdominale
- Survenue précoce ou tardive après l'intervention
- Examen :
    - Tuméfaction en regard de l'ancienne cicatrice
    - Indolore à la palpation
    - Réductible
    - Impulsive à la toux